

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成			
	氏 名	フリガナ -----					
	住 所	(〒)			都 道 府 県		
		TEL (日中の連絡先) ()		☐	本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)		

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
☐	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

委 任 状 欄	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
		氏 名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 (健保口 口座名義人)	(〒)	令和 年 月 日
		事業所所在地 事業所名称 氏 名 電話番号 ()	

受 取 口 座	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

【付加給付について】
令和3年4月1日以降のご出産より、法定給付に加えて1児につき100,000円が付加金として支給されます。
※資格喪失後の出産については、付加金は支給されません。

【添付書類について】

- ・合意文書の写し（直接支払制度を利用しないことが明記された写し）
- ・医療機関等が発行する出産費用の内訳が記載された明細書の写し（出産年月日、出生児数等が明記された写し）

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付印

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます>>

被保険者氏名

申請内容

1

出産した者

1. 被保険者

2. 家族（被扶養者）

1-①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和

☐ 平成

☐ 令和

年

月

日

2

出産した年月日

令和

年

月

日

3

出産または死産の別

1. 生産

2. 死産

3. 生産・死産混在

3-①生産の場合は

出生人数

人

3-②死産の場合は

死産児数

人

3-②-（1）死産の

場合は妊娠経過期間

満

週

4

出産した医療機関等

名称

所在地

5

出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●被扶養者 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。

1. はい

2. いいえ

5-①

「はい」の場合は、保険者名と記号・番号をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●被扶養者 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

5-①-（1）

同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を

1. 受けた／受ける予定

2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください。）

医師・助産師の証明に

出産者氏名

出生年月日

令和

年

月

日

出生児の数

☐ 単胎

☐ 多胎 → （

児）

生産または死産の別

☐ 生産

☐ 死産

→ （妊娠

週

日）

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

医療施設の名称

令和

年

月

日

医師・助産師の氏名

市区町長村による（のみ）

本籍

筆頭者氏名

母の氏名

出生児氏名

出生年月日

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

令和

年

月

日

印

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。